



**REGIONE  
LAZIO**

**E.C.M.**



[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

ESPOSITO [Log Out](#)

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 1110

**Edizione n°** 1

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?** **SI**

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?** **NO**

**Stato Evento:** **VALIDO**

- 1 Titolo del programma formativo** STRATEGIE D'INTERVENTO SUI PAZIENTI NON RESPONDER ALLE TERAPIE CON ANTIPSICOTICI
- 2 Sede** ITALIA
  - 2.1 Regione** LAZIO
  - 2.2 Provincia** LATINA
  - 2.3 Comune** LATINA
  - 2.4 Indirizzo** VIA CANOVA SNC
  - 2.5 Luogo Evento** OSP. SANTA MARIA GORETTI
- 3 Periodo di svolgimento**
  - 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2016
  - 3.2 Data inizio** 20/05/2016
  - 3.3 Data fine** 28/10/2016
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 28
- 5 Obiettivi dell'evento**
  - 5.1 Obiettivo formativo** APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA
  - 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** ACQUISIZIONE DI MODULAZIONE DEI FARMACI ANTIPSICOTICI
  - 5.3 Acquisizione competenze di processo** COMPETENZE NELLA GESTIONE DEI FARMACI TIPICI ED ATIPICI
  - 5.4 Acquisizione competenze di sistema** DIFFUSIONE OMOGENEA DELL'USO DEI FARMACI ANTIPSICOTICI NEL DSM
- 6 Programma dell'attività formativa** [Programma\\_cv.pdf](#)
  - 6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
CARFAGNA	LINO	CRFLN154B27G698D	DOCENTE
LAZARI	MAURIZIO	LZRMZ55L22H501B	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	34,1										
<b>8 Tipologia Evento</b>	CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO										
<b>8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni</b>	NON PRESENTE										
<b>8.2 Formazione Residenziale Interattiva</b>	PRESENTE										
<b>8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)</b>	12										
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>											
<b>9.1 Cognome</b>	FRAULIN										
<b>9.2 Nome</b>	GIOVANNA										
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	FRLGNN69P61E472B										
<b>9.4 Telefono</b>	07736556505										
<b>9.5 Cellulare</b>	3384746407										
<b>9.6 E-Mail</b>	G.FRAULIN@AUSL.LATINA.IT										
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Professione</th> <th>Discipline</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MEDICO CHIRURGO</td> <td>NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; PSICHIATRIA;</td> </tr> </tbody> </table>	Professione	Discipline	MEDICO CHIRURGO	NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; PSICHIATRIA;						
Professione	Discipline										
MEDICO CHIRURGO	NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; PSICHIATRIA;										
<b>11 Responsabili Scientifici</b>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> <th>Qualifica</th> <th>Curriculum Vitae</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARFAGNA</td> <td>LINO</td> <td>CRFLNI54B27G698D</td> <td>DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</td> <td><a href="#">CV_Carfagna.pdf</a></td> </tr> </tbody> </table>	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae	CARFAGNA	LINO	CRFLNI54B27G698D	DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	<a href="#">CV_Carfagna.pdf</a>
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae							
CARFAGNA	LINO	CRFLNI54B27G698D	DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	<a href="#">CV_Carfagna.pdf</a>							
<b>12 Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE										
<b>13 Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</li> <li>LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</li> <li>ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</li> </ul>										
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI										
<b>15 Quota di partecipazione? (in euro)</b>	0,00										
<b>16 Numero partecipanti</b>	50										
<b>17 Provenienza presumibile dei partecipanti</b>	LOCALE										
<b>18 Verifica presenza dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FIRMA DI PRESENZA</li> <li>SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI</li> <li>SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</li> </ul>										
<b>19 Verifica apprendimento dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CON QUESTIONARIO</li> </ul>										
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)</b>											
<b>21 Sponsor</b>											
<b>21.1 L'evento è sponsorizzato</b>	NO										
<b>21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>	NO										

**21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti**[autocertificazione finanziamento.pdf](#)**22 L'evento si avvale di partner?**

NO

**23 Dichiarazione Conflitto Interessi**[conflitto\\_interessi\\_evento.pdf](#)**24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?**

SI

**25 Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM**

SI

[Indietro](#)[Documenti](#)[Normativa](#)[Assistenza](#)[Link utili](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - [LAZIO@PEC.AGENAS.IT](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586 **AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**